



## Kontaktformular zur Nachverfolgung von Infektionsketten

### Angaben zum Spiel

Spiel: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Zeit: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Person

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

**Hiermit erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten zur Nachverfolgung von Infektionsketten auf Anfrage an das Gesundheitsamt weitergeleitet werden dürfen. Ihre Daten werden spätestens acht Wochen nach Ihrem Aufenthalt von uns vernichtet.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Wir wünschen einen angenehmen Aufenthalt und bedanken uns für Ihr Verständnis.**